

重要事項説明書

(介護サポートサービス)

あけぼのデイサービス
まごころ館中野坂上

ケアゲート株式会社

介護サポートサービス重要事項説明書

＜令和 7 年 8 月 1 日現在＞

介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	ケアゲート株式会社 ・ 営利法人
代表者名	代表取締役 田邊 光
所在地・連絡先	(住所) 神奈川県横浜市西区北幸 2-9-30 横浜西口加藤ビル 6F (電話) 045-317-6658 (FAX) 045-317-6659

事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	あけぼのデイサービスまごころ館中野坂上
所在地・連絡先	(住所) 東京都中野区中央 3-21-1 (電話) 03-6279-3533 (FAX) 03-6279-3577
管理者の氏名	山本貴之

営業日

営業日	営業時間
365 日	24 時間

サービスの内容及び費用

名 称	内 容	費用
時間外サービス	介護保険サービス提供時間 (8:00~17:00) 以外の時間帯にサービスを提供させていただきます。	1000 円/時間

朝食・夕食サービス	昼食だけではなく朝食及び夕食もご提供します。一人暮らしの在宅生活でも3食栄養バランスの取れた温かい食事を摂っていただけます。 (宿泊以外の方で別途必要な場合)	朝食 350 円/食 夕食 600 円/食
特別食サービス	ご希望によりソフト食、ミキサー食等の食事形態の変更に対応致します。	+100 円/1 食につき
夜間サポートサービス	お泊まりを利用される方の、夜 17 : 00 から翌朝 7 : 59 までの夜間介護サービスを責任を持って提供させていただきます。 (朝食夕食代を含み、介護度に応じます)	介護度 1、2 3150 円 介護度 3 3450 円 介護度 4、5 3650 円
洗濯サービス	宿泊利用時以外でも、ご希望される方の衣類の洗濯をさせていただきます。	150 円/回
外出サービス	主にご家庭で通院介助ができない場合、代行して通院介助を行います。	2, 500 円/2 時間毎
保険外通所介護サービス	原則として当事業所をご利用の方で、介護保険の限度額を使い切られた場合にご利用頂ける、介護保険外(実費)での通所介護サービスです。8:00~17:00 において、1 セットあたり 6 時間のご利用が可能です。 サービス提供時間 (8:00~17:00) 以外の時間帯のご利用を希望される場合は、時間外サービス利用料が別途必要となります。	5, 000 円/1 セット ※ 1 セット=6 時間
保険外昼食サービス	保険外通所介護サービスを利用中の昼食提供。栄養バランスの取れた温かい食事を摂っていただけます。	780 円/食
保険外オムツ	介護保険サービス提供時間 (8:00~17:00) 外に事業所のオムツを使用した場合に算定されます。	150 円/枚
日常生活費	当施設でご用意したマスク、歯磨きセット、箱ティッシュを個人用として使用することを希望される場合に算定いたします。	200 円/1 日

キャンセル料	当日朝 8 : 3 0 迄に連絡頂ければ請求致しません。	1,000 円/1 日
--------	------------------------------	-------------

利用料等のお支払方法

口座自動振替若しくは、口座振込となります。

サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者	山本貴之
	ご利用時間	8:00～17:00
	ご利用方法	電話 (03-6279-3533)
	面接	(当事業所相談室)
	苦情箱	(事務室に設置)

緊急時等における対応方法

提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病 院 名 及 び 所 在 地	
	氏 名	
	電 話 番 号	

緊急時連絡先（家族等）	氏名（続柄）	()
	住 所	
	電 話 番 号	1. 2

サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、介護サポートサービスのサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者	住 所	神奈川県横浜市西区北幸 2-9-30 横浜西口加藤ビル 6F
	事業者名	ケアゲート株式会社
	代表者名	代表取締役 田邊 光 印

説 明 者	氏 名	山本貴之 印
-------	----------	-----------------------------

私は、重要事項説明書に基づいて、介護サポートサービスのサービス内容及び重要事項の説明を受け、同意し交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者	住所	
	氏名	印

代理人（選任した場合）	住所	
	氏名	印

